

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse verlautbart gemäß § 455 Abs. 1 ASVG:

Satzung 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich	§ 1
Sitz	§ 2
Organe, Geschäftsführung und Vertretung	§ 3
Informationsveranstaltungen	§ 4
Verlautbarungen	§ 5
Vorläufige Verfügung des Obmannes/der Obfrau	§ 6
Büro	§ 7
Form rechtsverbindlicher Akte	§ 8
Beirat	§ 9
Anmeldung zum Beirat	§ 10
Vertreter/innen der Vereine im Beirat	§ 11
Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung	§ 12

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist	§ 13
Beitragszeitraum	§ 14
Lohnsummenverfahren	§ 15
Fälligkeit der allgemeinen Beiträge	§ 16
Fälligkeit der Sonderbeiträge	§ 17
Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG	§ 18

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte	§ 19
Angehörige	§ 20
Bemessungsgrundlage	§ 21
Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt	§ 22
Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe	§ 23
Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit	§ 24
Erste Hilfeleistung	§ 25
Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen	§ 26
Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege	§ 27
Heilbehelfe	§ 28
Satzungsmäßiges Krankengeld	§ 29
Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt	§ 30
Zahnbehandlung und Zahnersatz	§ 31
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	§ 32
Kieferregulierungen	§ 33
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche	§ 34
Zahnersatz	§ 35
Kostenerstattung im vertragslosen Zustand	§ 36
Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung	§ 37
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen	§ 38
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 39
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen	§ 40
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 41
Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 42

Hilfsmittel	§ 43
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 44
Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes	§ 45
Reise(Fahrt)kosten	§ 46
Transportkosten	§ 47
Auszahlung von Leistungen	§ 48

4. Abschnitt – Sonderbestimmungen

Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft	§ 49
Beiträge für unständig Beschäftigte	§ 50
Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten	§ 51
Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte	§ 52

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn	§ 53
Wirksamkeitsbeginn 1. Änderung	§ 54
Wirksamkeitsbeginn 2. Änderung	§ 55

6. Abschnitt – Anhänge

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung, Kieferorthopädische Behandlung, Prothetische Behandlung	Anhang 1
Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen	Anhang 2
Kostenerstattung im Bereich der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie	Anhang 3
Zuzahlungen der Versicherten für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5	Anhang 4
Zuzahlungen und Kostenzuschüsse für kieferorthopädische Behandlungen gemäß § 33	Anhang 5
Kostenerstattung für Leistungen ärztlicher Hilfe gemäß § 23	Anhang 6
Kostenzuschüsse gemäß § 38 bei Fehlen gesamtvertraglicher Regelungen	Anhang 7
Zuschüsse und Kostenersätze zu Transportkosten bei Fehlen vertraglicher Regelungen	Anhang 8
Kostenzuschuss nach § 39	Anhang 9

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 23 ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz).

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist Dornbirn.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der Kasse und ihre Organe sind insbesondere im 8. Teil, Abschnitte I bis IV und IX des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geregelt.

Informationsveranstaltungen

(§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 4. (1) Die Kasse hält jährlich mindestens einmal Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber/innen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer/innen oder Arbeitgeber/innen getrennt
2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereichs der Kasse oder
3. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 5. (1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstandes (§ 456a Abs. 3 ASVG) und ihre Änderungen werden nach § 455 ASVG im Internet verlautbart.

(2) Andere amtliche Verlautbarungen, insbesondere solche, durch die Versicherten oder Dienstgebern/ Dienstgeberinnen Verpflichtungen auferlegt werden, erfolgen ebenfalls im Internet.

Vorläufige Verfügung des Obmannes/der Obfrau

(§ 453 Abs. 2 ASVG)

§ 6. (1) Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes fallen, sind bei Gefahr im Verzug

1. zur Abwendung eines der Kasse drohenden Schadens oder
2. zur Sicherung eines der Kasse entgehenden Vorteils

vorläufig durch Verfügung des Obmannes/der Obfrau zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann.

(2) Die Verfügungen sind vom Obmann/der Obfrau im Einvernehmen mit seinen/ihren Stellvertretern/Stellvertreterinnen zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. In allen diesen Fällen hat der Obmann/die Obfrau die zuständigen Verwaltungskörper einzuberufen und von ihnen die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

§ 7. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der Kasse obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Vorstandes.

(2) Der/Die leitende Angestellte hat für die ordnungsgemäße Durchführung der Bürogeschäfte und Weisungen (Abs. 1) durch die Dienstnehmer/innen der Kasse zu sorgen.

(3) Der/Die leitende Angestellte und dessen/deren Stellvertreter/in sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme der ihre Person betreffenden Angelegenheiten für ihren Zuständigkeitsbereich berechtigt, an Prüfungen der Kontrollversammlung teilzunehmen. Mit Zustimmung der Vorsitzenden der Verwaltungskörper kann der/die leitende Angestellte auch andere Angestellte den Sitzungen der Verwaltungskörper beiziehen.

(4) Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/an die Obfrau zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes/der Obfrau bzw. seiner/ihrer Stellvertreter/innen nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der/die leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Kasse unumgänglich notwendig ist. Er/Sie hat darüber dem Obmann/der Obfrau unverzüglich zu berichten.

(5) Der/Die leitende Angestellte oder eine von ihm/ihr dazu ermächtigte Person ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der leitenden Angestellten gehen dessen/deren Rechte und Pflichten auf dessen/deren Stellvertreter/in über. Der Vorstand kann die Aufgaben des/der leitenden Angestellten und dessen/deren Stellvertreter/in zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

Form rechtsverbindlicher Akte

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 8. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung

1. der Generalversammlung oder
2. des Vorstandes

bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom/von der Vorsitzenden der Kontrollversammlung als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten

1. einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung oder
2. dem Obmann/der Obfrau

übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Kasse übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der leitenden Angestellten oder einem/einer von diesem/dieser beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird.

Beirat

(§§ 440 ff. § 453 Abs. 1 Z 4 ASVG)

§ 9. (1) Bei der Kasse ist ein Beirat mit zwölf Mitgliedern eingerichtet. Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff. ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

(2) Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat ist ein Verein, der nach dem Vereinsgesetz 2002 besteht.

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

§ 10. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekanntzugeben ist, wird von der Kasse als Basis für das Bestellungsverfahren der einzelnen Vertreter/innen nach dem System d'Hondt herangezogen, wobei auch auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der betroffenen Personengruppen Bedacht genommen wird.

(2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit folgende Unterlagen vorzulegen:

1. die vollständigen Vereinsstatuten in der geltenden Fassung mit der Angabe,
 - a) ob und welche Zweigvereine (§ 1 Abs. 4 Vereinsgesetz 2002) oder Mitgliedsvereine bestehen und
 - b) ob der anmeldende Verein ein Zweigverein, Mitgliedsverein eines Dachverbandes oder ein Dachverband ist; der Name des Hauptvereines oder Dachverbandes ist zu nennen,
 2. Angaben über die aktuelle Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine oder Mitgliedsvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Kasse vertreten werden, getrennt nach den für den Beirat vorgesehenen Personenkreisen,
 3. die Zustelladresse des Vereines sowie Name und Anschrift der vertretungsbefugten Personen,
 4. Angaben, mit denen der Verein der Generalversammlung die Qualität seiner Vereinstätigkeit glaubhaft macht und entsprechende Unterlagen,
 5. Angaben darüber, für welchen Personenkreis der Verein Vertreter/innen für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter/innen für mehrere Personenkreise vorschlagen.
- (3) Jeder Verein, auf dessen Vorschlag Beiratsmitglieder bestellt wurden, hat
1. Änderungen in den Vereinsstatuten
 2. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen
 3. Änderungen der Zustelladresse

unverzüglich der Kasse mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der Kasse an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Vertreter/innen der Vereine im Beirat

§ 11. (1) Der Verein hat der Kasse Namen und Anschrift jener Personen bekannt zu geben, die er als Mitglieder für den Beirat vorschlägt. Jeder Verein hat für jeden Personenkreis, für den er Beiratsmitglieder vorschlägt, die für diese Gruppe vorgesehene Mitgliederzahl zu nennen. Für jede Person ist gleichzeitig ein/e Stellvertreter/in bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines/einer Vertreters/Vertreterin in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung (§ 440d ASVG) erfolgt.

Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung

(§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 12. (1) Die Kasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

(2) Die Kasse nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwährend Anträge für andere Sozialversicherungsträger oder den Hauptverband entgegen.

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist

(§ 471d ASVG)

§ 13. Die Frist für die vollständige Anmeldung sowie die Abmeldung fallweise beschäftigter Personen (§ 471b ASVG) hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ende des Kalendermonates, in dem die Tätigkeit verrichtet wurde.

Beitragszeitraum

(§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Lohnsummenverfahren

(§ 34 Abs. 2, § 58 Abs. 4 ASVG)

§ 15. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Fälligkeit der allgemeinen Beiträge

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 16. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Fälligkeit der Sonderbeiträge

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde. Wird die Sonderzahlung vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt, sind die Sonderbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung ausgezahlt worden ist.

(2) Werden die Sonderbeiträge von der Kasse vorgeschrieben, sind sie mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post bzw. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe der Kasse fällig.

(3) Werden die Sonderzahlungen bei der Beitragsbemessung bereits durch Erhöhung der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 54 Abs. 2 ASVG berücksichtigt, sind die Sonderbeiträge gleichzeitig mit den allgemeinen Beiträgen fällig.

Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG

(§ 78 Abs. 1 ASVG)

§ 18. Die Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG (Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung) sind zu Beginn des Kalendermonates fällig.

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte

(§ 124 ASVG)

§ 19. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Kassenleistungen (gesetzliche Ausnahmen: § 124 Abs. 1 und 2 ASVG).

Angehörige

(§ 123 Abs. 8 ASVG, § 124 Abs. 1 ASVG)

§ 20. (1) Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

1. die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner,
2. die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4 ASVG).

Bemessungsgrundlage

(§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)

§ 21. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist für folgende Gruppen von Versicherten ein anderer Beitragszeitraum als jener nach § 125 Abs. 1 ASVG heranzuziehen:

1. Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat. Kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat;
2. Für Heimarbeiter/innen, Forstarbeiter/innen und provisionsberechtigte Vertreter/innen im Außendienst die dem Ende des vollen Entgeltanspruches vorangegangenen letzten drei Beitragszeiträume.

(2) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %, sofern die Sonderzahlungen nicht nach § 54 Abs. 2 ASVG mit einem einheitlichen Prozentsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zu Grunde gelegt werden. Der Zuschlag darf ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt (§ 361 Abs. 3 ASVG)

§ 22. (1) Der/Die Dienstgeber/in hat für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“ anzugeben:

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname bzw. Nachname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und die Art der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben;
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls, für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass statt des Betrages nach Z 6 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (§ 120 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe (§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 23. (1) Die Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe durch Nichtvertragsärzte/Nichtvertragsärztinnen (Wahlärzte/Wahlärztinnen) richtet sich nach der Honorarordnung für Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, bei Erstattung für Inanspruchnahme einer Wahl-Gruppenpraxis nach der Honorarregelung für die entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis. Insoweit dort für die Vertragsleistungen eine Punktwertstaffelung vorgesehen ist, gilt für die Kostenerstattung der im Anhang 6 festgesetzte Punktwert.

(2) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in einer privaten Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung besteht, werden die Kosten nach der geltenden Tarifvereinbarung einer vergleichbaren privaten Krankenanstalt, mit der eine vertragliche Regelung besteht, erstattet. Insoweit in dieser Tarifvereinbarung für die private Vertragskrankenanstalt Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare, Mengenrabattregelungen usw.) vorgesehen sind, gelten für die Erstattung die im Anhang 6 angeführten Euronwerte.

(3) Die Kostenerstattung gebührt im Ausmaß von 80 % des nach den Abs. 1 und 2 ermittelten Betrages. Sie darf jedoch das tatsächlich entrichtete Honorar nicht übersteigen.

(4) Existiert keine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für eine/n vergleichbare/n Vertragsarzt/Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(5) Die Kasse erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit

(§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 24. Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin oder eine Wahl-Gruppenpraxis behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/die Wahlärztin oder die Wahl-Gruppenpraxis, sondern durch einen von der Kasse bestimmten Arzt/eine von der Kasse bestimmte Ärztin festgestellt. Der Anspruch des/der Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der Kasse bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

Erste Hilfeleistung

(§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 25. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Kasse nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Kasse die tatsächlich erwachsenen Kosten der Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin, eine Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 41 geleistet.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife bzw. leistet die Kasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 8 zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 47 Abs. 4 und 5.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefürztliche Bewilligung auf Rechnung der Kasse abgebbar sind, werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

(§ 150a ASVG)

§ 26. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Kasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/in eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege

(§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 27. Die Kasse erstattet die Kosten für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, sowie für medizinische Hauskrankenpflege nur, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

Heilbehelfe

(§ 137 ASVG)

§ 28. (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe höchstens bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(2) Die Kasse übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum Fünffachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist.

Satzungsmäßiges Krankengeld

(§ 139 Abs. 2, § 141 Abs. 3 ASVG)

§ 29. (1) Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit – ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten – bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der/die Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheides über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der/die Versicherte die Tätigkeit, auf Grund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zu dem Tag geleistet, an dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Bescheidzustellung folgenden Kalendermonates.

- (3) Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld
- für den Ehegatten/die Ehegattin um 10 %,
 - für die sonstigen Angehörigen um je 5 %

der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1 ASVG in Verbindung mit § 21) erhöht. Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf 75 % der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1 ASVG in Verbindung mit § 21) nicht übersteigen.

Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt

(§ 139 Abs. 2b ASVG)

§ 30. Die Kasse leistet Personen,

1. deren Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung während der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 16 Abs. 1 lit. c des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 (BGBl. Nr. 609/1977 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 162/2015) ruht,
2. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches (§ 139 Abs. 1 und 2 ASVG) abgelaufen ist und
3. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach § 139 Abs. 4 ASVG noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe für die Dauer notwendiger, unaufschiebbarer stationärer Aufenthalte (Krankenhaus- sowie Rehabilitationsaufenthalte im Anschlussheilverfahren).“

Zahnbehandlung und Zahnersatz

(§ 153 ASVG)

§ 31. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 geleistet.

(2) Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist; dies ist insbesondere der Fall bei

1. Patienten/Patientinnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Tumorpatienten/Tumorpatientinnen in der postoperativen Rehabilitation,
3. Patienten/Patientinnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
4. Patienten/Patientinnen mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes),

die eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz nicht zulassen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken. Für festsitzenden Zahnersatz ohne diese medizinische Notwendigkeit übernimmt die Kasse keine Kosten.

(4) Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten jedenfalls als festsitzender Zahnersatz.

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 35 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 32 Abs. 3 zweiter Satz müssen – grundsätzlich vor Behandlungsbeginn – von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

(6) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung in Anspruch genommen wurde.

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch eine/n Wahlzahnarzt/Wahlzahnärztin, eine Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(8) Existiert keine entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für eine vergleichbare Vertragszahnärztin/einen vergleichbaren Vertragszahnarzt vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(9) Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden von der Kasse nur für Arbeiten im notwendigen Ausmaß und unter Verwendung von einwandfreiem, haltbarem Material sowie in einwandfreier Ausführung übernommen.

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

§ 32. (1) Konservierende Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung im Anhang 1 der Art nach vorgesehen, verlangt der/die Versicherte

(Angehörige) aber aus anderen als in Abs. 2 angeführten Gründen (z. B. kosmetische Gründe) die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials, hat der/die Versicherte die Leistung selbst zu zahlen und die Kasse leistet einen Zuschuss im Ausmaß von 80 % des Vertragstarifes für die entsprechende Leistung nach Anhang 1.

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (z. B. wegen nachgewiesener Allergien gegen Vertragsmaterialien) eine im Anhang 1 angeführte Leistung nicht erbracht werden kann, leistet die Kasse Zuschüsse nach Anhang 2. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.

(3) Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, werden von der Kasse nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind (Anhang 3). Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Kasse eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen

(§ 153 ASVG)

§ 33. (1) Die Kasse erbringt Kieferregulierungen im Rahmen von Verträgen gemäß Anhang 1 bzw. in eigenen Einrichtungen sowie durch Zuschüsse nach Anhang 5, sofern die jeweilige Behandlung mit geeigneten Mitteln erfolgt. Ergänzend bestehen Leistungsansprüche nach § 34 oder § 39. Maßstab ist der jeweils aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft.

(2) Bei Vertragsleistungen sowie bei Leistungserbringung in eigenen Einrichtungen sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der in Anhang 5 festgesetzten Höhe zu entrichten. Bei der Festsetzung der Zuschüsse ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse und auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten sowie auf die mit den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen der Kasse vereinbarten Tarife Bedacht zu nehmen.

(3) Insoweit die Voraussetzungen des § 153 Abs. 1 ASVG nicht zutreffen, Kieferregulierungen jedoch den Kriterien gemäß § 133 Abs. 2 ASVG entsprechen, leistet die Kasse ebenfalls Zuschüsse nach Anhang 5.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

(§ 153a ASVG)

§ 34. (1) Die Kasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhangs 1 Punkt I Pos. Nr. 1a als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten/bei der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Die Kasse erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang des Anhangs 1 Punkt III als Sachleistungen durch Vertragspartner/innen oder in eigenen Einrichtungen der Kasse, wenn Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer erheblichen Zahn- und Kieferfehlstellung gegeben ist:

1. Feststellung des Grades nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN Grad) bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3
2. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 4
3. Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 5.

(3) Die Feststellung des IOTN Grades wird für Anspruchsberechtigte nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht. Die zweite IOTN-Feststellung kann frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die Kasse erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 33 und Abs. 2 Z 1 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN-Grades mit der Behandlung gemäß Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer/dieselbe Leistungserbringerin begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien,
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,

- c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
- d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
- e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
- f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
- g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
- h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen,
- i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,
- j) Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
- k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
- l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
- m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei alleine noch keine Indikation für eine interzeptive kieferorthopädische Behandlung dar.

(5) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,
4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden:
 - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
 - b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
 - c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
 - d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
 - e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
 - f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
 - g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland
 und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70% nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter ausschließlich kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen), werden für die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit von der Kasse keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 33 erhält. Abweichend davon gewährt die Kasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Absätzen 4 oder 5 erfüllt und der/die Anspruchsberechtigte einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

(7) Als Behandlungsbeginn bei Leistungen nach den Abs. 4 und 5 gilt das Datum, zu dem erstmals durch den Kieferorthopäden/die Kieferorthopädin die erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 4 als beendet, wenn die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 5 als beendet, sobald

1. eine Verbesserung des Ausgangszustandes von zumindest 70% nach dem PAR-Index erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Zahnersatz

(§ 153 Abs. 2 ASVG)

§ 35. (1) Die Kasse erbringt den unentbehrlichen Zahnersatz, soweit nicht ein Anspruch

1. aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
2. nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957,
3. nach dem Heeresversorgungsgesetz oder Heeresentschädigungsgesetz,
4. nach dem Opferfürsorgegesetz,
5. nach dem Verbrechenopfergesetz,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz

besteht.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) geleistet. Muss aus medizinischen Gründen (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen ein Vertragsmaterial) oder weil ein abnehmbarer Zahnersatz nicht anders Halt findet, für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material oder ein besonderes Halteelement verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die Kasse für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2 bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Kasse für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Kasse für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

(4) Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die Kasse vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen feststehenden Zahnersatz (§ 31 Abs. 3 zweiter Satz) leistet die Kasse Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2 bestimmt wird. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse, das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten und auf die Höhe der Zuzahlungen bei einer allfälligen Sachleistungserbringung Bedacht zu nehmen.

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand

(§ 131a ASVG)

§ 36. Im Falle eines vertragslosen Zustandes wegen Beendigung der vertraglichen Beziehungen mit freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Gruppenpraxen oder anderen Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen erstattet die Kasse Kosten in der Höhe von 80 % der Beträge bzw. Tarife nach den Anhängen 1, 3, 5 Pkt. I. und 6 zur Satzung. Diese Kostenerstattung darf jedoch das tatsächlich entrichtete Honorar nicht übersteigen.

Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung

(§ 131 Abs. 6 ASVG)

§ 37. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

(§ 131b ASVG)

§ 38. (1) Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für

1. die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG),
2. die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),
3. den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),
4. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln,
5. die Hebammenberatung gemäß § 7 Abs. 1 KBGG

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zu Stande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 7 zur Satzung.

(2) Stehen mangels vertraglicher Regelung mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe nicht als Sachleistung zur Verfügung und ist deren Privatverrechnung vertraglich zulässig, leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach der Regelung im Anhang 7 zur Satzung.

(3) Stehen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 4 bis 7.

(4) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von € 18.649,59, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von besonderen Einzelfällen für die Behandlung folgender Erkrankungen:

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten oder Patientinnen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres sowie
5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

(5) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Kohlenstoffionen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von € 14.628,47, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(6) Mit der Leistung des Kostenzuschusses nach den Abs. 3 bis 5 sind sämtliche mit dieser ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Leistungen abgegolten. Falls eine derartige Therapie nicht abgeschlossen wird, ist der Kostenzuschuss entsprechend den tatsächlich erbrachten Therapieeinheiten zu aliquotieren.

(7) Bei Unterbleiben der von der Kasse bewilligten punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen leistet die Kasse für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden erbrachten medizinischen Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenzuschuss in Höhe von € 511,32, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung

(§ 153a Abs. 6 ASVG)

§ 39. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Kasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Kasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhangs 9, wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 34 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die Kasse erbringt den Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Die Kasse erbringt Teilbeträge nach § 41 Abs. 4 der Krankenordnung vor Abschluss der Behandlung, wenn die Kasse durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 34 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 34 Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

(3) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem anderen Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen

§ 40. Stehen Vertragspartner/innen zur Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen aufgrund des Fehlens von Verträgen mit den Gruppenpraxen nicht zur Verfügung, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für eine/n vergleichbare/n Vertragsärztin/Vertragsarzt vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird
(§ 150 ASVG)

§ 41. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i.V.m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von € 228,07 pro Tag der Anstaltspflege, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 4 ASVG davon abzusehen ist.

(2) Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt.

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird
(§ 131b ASVG)

§ 42. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen,

1. die nicht über Landesfonds finanziert wird und
2. mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht,

so erbringt die Kasse einen Ambulanzkostenzuschuss, sofern hinsichtlich dieser Leistung auch mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt keine geltende vertragliche Regelung besteht. Dieser Zuschuss beträgt 80 % der zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife mit der nächstgelegenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

(2) Die zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife sind für das in Betracht kommende Kalenderjahr mit dem Betrag aufzuwerten, um den sich die Beiträge der Sozialversicherungsträger für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f Abs. 1 und 2 ASVG erhöhen.

Hilfsmittel
(§ 154 ASVG)

§ 43. (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch

1. allgemein das Achtfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. das 20-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Hilfsmittel, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen,

wobei vom/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), zu tragen sind.

(1a) Der Zuschuss für Krankenfahrstühle beträgt höchstens das Zwanzigfache der Höchstbeitragsgrundlage, sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 4 erfolgt.

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das Achtfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(3) Die Kasse übernimmt den Anteil des/der Versicherten (Angehörigen) gemäß Abs. 1 und 2, wenn die Voraussetzungen des § 137 Abs. 4 lit. a oder b ASVG zutreffen.

(4) Bestehen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an die/den Versicherte/n (Angehörige/n), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin direkt verrechnet.

(5) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, maximal jedoch das Fünffache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom/Von der Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

(6) Der Zuschuss für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen beträgt pro Quartal höchstens das Achtfache der Höchstbeitragsgrundlage, sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 4 erfolgt.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit
(§ 132c Abs. 3 ASVG)

§ 44. Die Kasse leistet den Versicherten und deren Angehörigen (§ 123 ASVG) zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommer-Meningoencephalitis nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des/der

zuständigen Bundesministers/Bundesministerin einen Zuschuss in der Höhe von € 4,00. Der Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes

(§ 162 Abs. 4 ASVG)

§ 45. Die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. die letzten 13 Wochen entfallenden Sonderzahlungen sind bei der Bemessung des Wochengeldes dadurch zu berücksichtigen, dass der nach § 162 Abs. 3 ASVG ermittelte Nettoarbeitsverdienst um einen entsprechenden Prozentsatz erhöht wird, und zwar

1. bei Sonderzahlungen bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw. von 4 1/3 Wochenbezügen um 14 %
2. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 4 1/3 Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 2/3 Wochenbezügen um 17 %
3. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 8 2/3 Wochenbezügen um 21 %
4. bei Sonderzahlungen von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten um 17 %

Reise(Fahrt)kosten

(§ 135 ASVG)

§ 46. (1) Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten nur für Fahrten

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen), Zahnbehandlung und Zahnersatz,
2. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt,
3. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
4. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 154a Abs. 2 ASVG),
5. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a Abs. 3 ASVG),
6. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b Abs. 5 ASVG),
7. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 132c Abs. 5 ASVG),
8. im Zusammenhang mit einer von der Kasse angeordneten ärztlichen Begutachtung des Gesundheitszustandes des/der Anspruchsberechtigten, insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
9. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in einer Hebammenordination.

(2) Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Begleitperson

1. für Kinder unter 15 Jahren,
2. für Personen, bei denen dies auf Grund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist.

(3) Für die Ermittlung des Reise(Fahrt)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum/zur nächsterreichbaren Vertragspartner/in desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung heranzuziehen.

(4) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt mit einem Kilometersatz von € 0,09 bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson von € 0,14. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel der/die Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt hat. Höhere als die dem/der Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden nicht ersetzt.

(5) Die Kasse ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten

1. für Fahrten innerhalb des Ortsgebietes oder
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 3) 80 Kilometer nicht übersteigt.

(6) Bei Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines/einer Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin, einer Wahleinrichtung oder eines/einer Wahlpartners/Wahlpartnerin zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Absätze 1 bis 5 mit der Einschränkung, dass Reise- und Fahrtkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

1. des/der nächsterreichbaren Vertragsarztes/Vertragsärztin (des/der nächsterreichbaren Vertragszahnarztes/ Vertragszahnärztin) bzw.
2. der nächsterreichbaren vergleichbaren Vertrags-Gruppenpraxis,
3. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung bzw.
4. des/der nächsterreichbaren sonst in Betracht kommenden Vertragspartners/Vertragspartnerin

zu ersetzen gewesen wäre.

(7) Die Kasse übernimmt in Fällen berücksichtigungswürdiger wirtschaftlicher Verhältnisse die Reise(Fahrt)kosten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 154a Abs. 2 ASVG) entsprechend den Absätzen 2 bis 5. Berücksichtigungswürdige wirtschaftliche Verhältnisse sind jedenfalls gegeben, wenn das Familieneinkommen unter der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG liegt.

Transportkosten

(§ 135 Abs. 5 ASVG, § 144 Abs. 5 ASVG,

§ 153 Abs. 5 ASVG, § 154 Abs. 4 ASVG, § 154a Abs. 2 ASVG)

§ 47. (1) Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
3. zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrer Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern im Anhang 8 zur Satzung kein anderer Kostenersatz festgelegt ist.

(3) Transporte erfolgen

1. ohne die notwendige Begleitung eines/einer Sanitäters/Sanitäterin neben dem Fahrer/der Fahrerin (sitzend),
2. mit der notwendigen Begleitung eines Sanitäters/einer Sanitäterin neben dem Fahrer/der Fahrerin (liegend)
3. mit einem privaten Kraftfahrzeug.

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen. Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Kasse Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

(4) Die Kasse übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

1. eine Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden (Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist.), wegen der Dringlichkeit des Falles auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und
2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes
 - a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
 - b) diese Notwendigkeit von der Kasse anerkannt worden ist.

(5) Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Kasse mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in folgender Höhe:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 1.821,97 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 2.125,00 €;
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 948,27 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €;
3. für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:
 - a) Primärtransporte pauschal: 894,93 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €.

Die in den Z 1 bis 3 angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

(6) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 5 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

1. der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
2. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
3. des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes/Vertragsärztin oder
4. der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis

zu ersetzen gewesen wäre.

(7) Die Kasse übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse entweder nach inländischem Recht oder auf Grund zwischenstaatlicher Regelungen die Kosten der Anstaltspflege im Ausland zu übernehmen hat.

(8) Die Kasse übernimmt in Fällen berücksichtigungswürdiger wirtschaftlicher Verhältnisse die Transportkosten für die Beförderung in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife. Berücksichtigungswürdige wirtschaftliche Verhältnisse sind jedenfalls gegeben, wenn das Familieneinkommen unter der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 ASVG liegt.

Auszahlung von Leistungen

(§ 104 ASVG)

§ 48. (1) Die reguläre Auszahlung der laufenden Geldleistungen erfolgt alle vier Wochen im Nachhinein und zwar in der Regel per Bankanweisung.

(2) Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) wird monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats ausgezahlt. Fällt der Auszahlungstermin der genannten Leistung auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so wird diese Leistung so zeitgerecht angewiesen, dass sie an dem diesen Tagen vorhergehenden Werktag dem Leistungsbezieher bzw. der Leistungsbezieherin zur Verfügung steht.

4. Abschnitt – Sonderbestimmungen

Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft

(§ 465 ASVG)

§ 49. (1) Der Ausweis für unständig Beschäftigte wird mit dem von der Kasse aufgelegten Vordruck für sechs Monate ausgestellt.

(2) Der Ausweis gilt auch am neuen Wohnort, wenn ein/e unständig Beschäftigte/r seinen/ihren Wohnort im Zuständigkeitsgebiet der Kasse wechselt. Die Übersiedlung ist aber der Kasse innerhalb von drei Tagen zu melden. Wenn die Übersiedlung die Zuständigkeit zu einer anderen Gebietskrankenkasse bewirkt, ist der alte Ausweis innerhalb von drei Tagen an die bisher zuständige Gebietskrankenkasse zurückzusenden und bei der nunmehr zuständigen Gebietskrankenkasse die Ausstellung eines neuen Ausweises zu verlangen.

(3) Der Ausweis wird eingezogen, wenn der/die unständig Beschäftigte länger als vier Wochen keine Beschäftigung nach § 462 ASVG ausübt. Der/Die Inhaber/in des Ausweises muss in diesem Fall den Ausweis der Kasse innerhalb von acht Tagen zurückgeben.

(4) Wenn ein/e unständig Beschäftigte/r

1. in den Bereich einer anderen Kasse übersiedelt,
2. die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt oder
3. für ihn/sie eine andere Kasse zuständig wird,

ist der Ausweis ebenfalls zurückzugeben (Abs. 3).

Beiträge für unständig Beschäftigte

(§ 466 ASVG)

§ 50. Für unständig Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft gilt als Beitragsgrundlage ein Arbeitsverdienst von € 34,31 pro Kalendertag.

Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten

(§ 468 Abs. 1 ASVG, § 121 Abs. 4 ASVG)

§ 51. Satzungsmäßige Mehrleistungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse erst geleistet, wenn eine Wartezeit von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 52 Wochen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt ist.

Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte
(§ 468 Abs. 6 ASVG)

§ 52. Für die Berechnung der Barleistungen aus der Krankenversicherung ist für die unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft die kalendertägliche Beitragsgrundlage nach § 50 dieser Satzung heranzuziehen.

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeit

§ 53. (1) Diese Satzung tritt mit Ausnahme der Regelungen in Abs. 3 und 4 gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Internet in Kraft. Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet unter avsv Nr. 146/2007 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 130/2008,
2. avsv Nr. 98/2009,
3. avsv Nr. 725/2010,
4. avsv Nr. 93/2011,
5. avsv Nr. 300/2011,
6. avsv Nr. 132/2012,
7. avsv Nr. 42/2013,
8. avsv Nr. 131/2013,
9. avsv Nr. 173/2014,
10. avsv Nr. 210/2014,
11. avsv Nr. 47/2015,
12. avsv Nr. 120/2015,
13. avsv Nr. 215/2015 und
14. avsv Nr. 107/2016

aufgehoben.

(2) Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

(3) Der im Anhang 6 Z 1 lit. b geregelte Punktwert für die Kostenerstattung gemäß § 23 Abs. 3 tritt mit 01. August 2016 in Kraft und mit 31. Dezember 2016 außer Kraft.

Der im Anhang 6 Z 1 lit. c geregelte Punktwert für die Kostenerstattung gemäß § 23 Abs. 3 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(4) Anhang 7 Z 6 lit. c und lit. d dieser Satzung treten mit 1. Oktober 2016 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 54. Die 1. Änderung der Satzung 2016 tritt mit dem auf die Verlautbarung folgenden Tag in Kraft. Abweichend davon tritt § 35 Abs. 1 Z 3 in der Fassung der 1. Änderung der Satzung rückwirkend mit 1. Juli 2016 sowie treten die §§ 38 Abs. 3 bis 7, 41 Abs. 1 und 48 sowie die Anhänge 6 und 7 in der Fassung der 1. Änderung der Satzung rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 55. Die 2. Änderung der Satzung 2016 tritt mit 1. Oktober 2017 in Kraft.

**Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
Kieferorthopädische Behandlung
Prothetische Behandlung**

Folgende Leistungen werden entsprechend der jeweils geltenden Bundeshonorarordnung für Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Vertragsdentisten/ Vertragsdentistinnen als Sachleistung erbracht.

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 1

Pos.Nr.

- | | |
|----|--|
| 1 | Beratung |
| 1a | Kieferorthopädische Beratung gemäß § 34 Abs. 1
Diese umfasst folgende Leistungen: |
| | a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung, |
| | b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung, |
| | c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin, |
| | d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung. |
| 2 | Extraktion eines Zahnes inkl. Anästhesie und Injektionsmittel |
| 3 | Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung |
| 4 | Visite |
| 5 | Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps |
| 6 | Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage) |
| 7 | Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage) |
| 8 | Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage) |
| 9 | Aufbau mit Höckerdeckung |
| 61 | Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) |
| 71 | Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) |
| 81 | Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) |
| 10 | Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn |
| 11 | Stiftverankerung |
| 12 | WB-Amputation |
| 13 | WB-Exstirpation einkanalg |
| 14 | WB-Exstirpation zweikanalg |
| 15 | WB-Exstirpation dreikanalg |
| 16 | WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen |
| 17 | Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant |
| 18 | Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis |
| 19 | Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall |
| 20 | Zahnsteinentfernung |
| 21 | Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen |
| 22 | Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle) |
| 23 | Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant |
| 24 | Zahnrontgen |
| 25 | Panoramaröntgen |
| 26 | Stomatitisbehandlung (pro Sitzung) |
| 27 | Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel |
| 28 | Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zu histologischen Untersuchung |
| 29 | Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel |
| 30 | Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel |

- 31 Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 32 Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 33 Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 34 Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 35 Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
- 36 Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 37 Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 38 Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 39 Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 40 Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
- 41 Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei)

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen auf Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr
2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten
 - a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes
 - b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates
 - c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube

III.

1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 2

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

- a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skeletale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),
- b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,
- c) die kieferorthopädische Behandlung,
- d) die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

Hiezu gehört auch die einmalige Reparatur der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

2. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 3

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

A. Diagnostische Leistungen; dies sind:

- a) Behandlungsplanung,
- b) die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
- c) Panoramaröntgen,
- d) laterales Fernröntgen,
- e) Fotos intra- und extraoral,
- f) Modelle,
- g) Bissregistrator,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

- a) Therapie mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges,
- b) Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene,
- c) erstmalige Anfertigung und Eingliederung von geeigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung,
- d) chirurgische Eingriffe, die primär zur Verkürzung der Behandlung dienen,
- e) einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten.

Hiezu gehören auch zwei Reparaturen der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.“

IV. Prothetische Zahnbehandlung (unentbehrlicher Zahnersatz) gemäß § 35 Abs. 2

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung
2. Kunststoff-Prothesen – Neuherstellung
 - a) Platte (jeder Größe)
 - b) Zahn, pro Einheit
 - c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)
 - d) Sauger
3. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen
 - a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer
 - b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)
 - c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)
 - d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
 - e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke
4. Metallgerüst-Prothesen – Neuherstellung einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b) abgegolten)
5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen
 - a) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufrufe
 - b) Zwei Leistungen gemäß a), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer
 - c) Mehr als zwei Leistungen gemäß a) oder b), Erweiterung der Metallbasis
6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) bei Teilprothesen mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen
7. Voll-Metallkronen (VG) an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

**Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen
im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz
in besonderen medizinischen Fällen**

Für nachstehende Leistungen erbringt die Kasse Kostenzuschüsse in der Höhe von 50 % der Kosten, höchstens jedoch die nachfolgend angeführten Beträge:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gem. § 32 Abs. 2

1. Inlays aus Gold oder Keramik	
a) Einflächenfüllung	29,07 €
b) Zweiflächenfüllung	139,53 €
c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	162,79 €
2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung)	215,11 €
3. Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
4. Parodontale Initialtherapie zur Vor- oder Akutbehandlung einer Zahnfleischerkrankung bei Grad 3 oder 4 der Parodontalen Grunduntersuchung (PGU) laut Österreichischer Gesellschaft für Parodontologie, pro Sextant	54,00 €
5. Parodontale Lappenoperation, Gingivatransplantat u. ä., pro Sextant	125,00 €

II. Unentbehrlicher Zahnersatz

gemäß § 35 Abs. 2

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan)	29,07 €
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff)	23,62 €
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.)	34,88 €

gemäß § 35 Abs. 5 (in den Fällen des § 31 Abs. 3 zweiter Satz)

4. Keramikfacettierte Krone (VMK), im sichtbaren Bereich (Zähne 1 bis 5)	300,00 €
5. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich (Zähne 1 bis 5)	245,00 €
6. Vollgusskrone (Edelmetallkrone)	202,00 €
7. Brückenglied Edelmetall (Vollguss)	168,00 €
8. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz	450,00 €

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.“

Anhang 3

Die folgenden Leistungen werden entsprechend der vertraglichen Regelung mit dem Rechtsträger des Landeskrankenhauses Feldkirch, Ambulanz für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, erbracht. Zur Bemessung einer Kostenerstattung werden die diesbezüglich am 31. 12. 1996 in Geltung gestandenen Tarife dieser vertraglichen Regelung herangezogen.

Diese Tarife verändern sich mit Wirkung ab 1. 1. 2008 entsprechend der durchschnittlichen Änderung der Tarife nach der jeweils geltenden Honorarordnung für Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen (Bundeshonorarordnung).

160	Unblutige Reposition einer Nasenbeinfraktur und Tamponade	84,45 €
161	Transcutane (unblutige) Reposition einer Jochbeinfraktur mit und ohne Extension	82,19 €
162	Unblutige Reposition und Retention einer einfachen Fraktur des Ober- und Unterkiefers	82,19 €
163	Schienung des nicht frakturierten Gegenkiefers	72,38 €
164	Versorgung einfacher Haut- und Schleimhautwunden, bis 5 cm	27,91 €
165	Versorgung einfacher Haut- und Schleimhautwunden, darüber	42,30 €
166	Operative Entfernung von Fremdkörpern im Kiefer-Gesichtsbereich. Exstirpation größerer Tumore im Mund-Kieferbereich, Dekortikation bei Ostitis	61,63 €
167	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial pro Operationsstelle	61,63 €
168	Wiederanlegen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten	24,13 €
169	Aufkleben von Brackets an retinierten Zähnen mit Zement, Kunststoff oder Draht (incl. operative Freilegung, Anästhesie und Injektionsmittel)	63,23 €
170	Herausnehmen oder endgültiges Abnehmen einer ligierten oder einzementierten Schiene	24,13 €
171	Wiederanlegen von intermax. Zügen zur elastischen oder starren Immobilisation inklusive Reinigung	24,13 €
172	Vestibulum-Plastik mit sekundärer Epithelialisation	76,52 €
173	Reposition oder Replantation von luxierten Zähnen pro Stück inklusive Schienung	37,43 €
174	Nasentamponade nach Bolloque	6,03 €
175	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	20,86 €
176	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer oder mehrerer Nebenhöhlen, einseitig	12,57 €
177	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer oder mehrerer Nebenhöhlen, beidseitig	25,07 €
178	Vordere Nasentamponade	6,03 €
179	Speichelgangsondierung	18,31 €
180	Sialographie	24,13 €

Anhang 4

Die in diesem Anhang angeführten Zuzahlungen sind nur dann vom/von der Versicherten bzw. Angehörigen in vollem Ausmaß zu leisten, wenn das Honorar nicht niedriger als der jeweilige Tarif ist. Unterschreitet das Honorar den vorgesehenen Tarif, tritt bezüglich der Berechnung der Zuzahlung an die Stelle des Tarifes das Honorar.

Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5

Die Zuzahlung des Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten des unentbehrlichen Zahnersatzes beträgt:

1. für Kunststoffprothesen	25 %
2. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen, Zahnklammer	40 %
3. für die Zähne zu den Metallgerüstprothesen	25 %
4. für die Reparatur von Zahnersatzstücken	25 %
5. für	
- Voll-Metallkronen an Klammerzähnen	40 %
- Verblend-Metall-Keramikkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen	40 %

der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

Zuzahlungen und Kostenzuschüsse für kieferorthopädische Behandlungen gemäß § 33

I. Zuzahlungen für kieferorthopädische Behandlungen:

Als Zuzahlung zu den Kosten von vertraglich geregelten kieferorthopädischen Behandlungen sind vom/von der Versicherten bzw. Angehörigen pro Behandlungsjahr 30 % der Kosten, höchstens aber 30 % des jeweiligen Tarifes nach Anhang 1 zu leisten. Die in jedem Behandlungsjahr erbrachten Leistungen sind als gesonderte Arbeiten anzusehen. Bei Reparaturen an kieferorthopädischen Apparaten beträgt die Zuzahlung für Versicherte bzw. für Angehörige 25 % der Kosten, höchstens aber 25 % des jeweiligen Tarifes. Unterschreitet das vom Zahnbehandler/von der Zahnbehandlerin verlangte Honorar den vorgesehenen Tarif, ist die Zuzahlung vom tatsächlich verlangten Honorar an Stelle des Tarifes zu berechnen.

II. Zuschüsse für kieferorthopädische Behandlungen:

1. Für vertraglich nicht geregelte Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlungen) leistet die Kasse je Behandlungsjahr einen Zuschuss in Höhe von 70 % der Kosten, höchstens jedoch 70 % jenes Tarifes, der für vertraglich geregelte kieferorthopädische Behandlungen vorgesehen ist.
2. Die Kasse leistet einen Zuschuss in Höhe von 50 % der Kosten, höchstens jedoch für
 - a) Schiefe Ebene 58,14 €
 - b) Platzhalter (pro Kiefer) 58,14 €
 - c) individuell gefertigte Mundvorhofplatten 49,05 €
 - d) Aufbissschienen 159,88 €
 - e) Kopf-Kinn-Kappe 256,20 €

Im genannten Zuschuss sind Anpassung und Nachkontrolle enthalten.

Dieser Zuschuss gebührt nur, wenn nicht in den darauf folgenden zwölf Monaten nach den vorangeführten Leistungen eine kieferorthopädische Behandlung erbracht wird.

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

Kostenerstattung für ärztliche Hilfe gemäß § 23

1. Der Punktwert für die Kostenerstattung gemäß § 23 Abs. 1 beträgt ab 01. Jänner 2017	0,6293 €
2. Eurowerte für ärztliche Hilfe in privaten Krankenanstalten ohne Kassenvertrag	
a) Magnetresonanztomographie	150,23 €
b) Computertomographie:	
ba) Computertomographie (nicht zur Knochendichtemessung)	114,39 €
bb) Computertomographie zur Knochendichtemessung	31,61 €

Kostenzuschüsse gemäß § 38 Abs. 1 und Abs. 2 bei Fehlen gesamtvertraglicher Regelungen

1. Für die Behandlung durch eine/n nicht-ärztliche/n Psychotherapeuten/ Psychotherapeu-
tin werden geleistet:
 - a) für eine Einzelsitzung zu mindestens 50 Minuten 21,80 €
 - b) für eine Einzelsitzung zu mindestens 30 Minuten 12,72 €
 - c) für eine Gruppensitzung (maximal 8 Personen) zu mindestens 90 Minuten pro Per-
son 7,27 €
 - d) für eine Gruppensitzung (maximal 8 Personen) zu mindestens 45 Minuten pro Per-
son 5,09 €
2. Für eine Diagnose-Erstellung durch eine/n klinische/n Psychologen/Psychologin wer-
den geleistet: 14,53 €
3. Für ergotherapeutische Krankenbehandlung im Sinne des § 135 Abs. 1 Z 1 lit. c ASVG
werden geleistet:
 - a) für eine Behandlung in Einzeltherapie zu mindestens 30 Minuten 9,60 €
 - b) für eine Behandlung in Einzeltherapie zu mindestens 50 Minuten 18,24 €
 - c) für eine Behandlung in Gruppentherapie zu mind. 30 Minuten:
 - bei zwei Personen, pro Person 4,80 €
 - bei drei bis maximal sechs Personen, pro Person 3,36 €
 - d) für eine Behandlung in Gruppentherapie zu mind. 50 Minuten
 - bei zwei Personen, pro Person 9,12 €
 - bei drei bis maximal sechs Personen, pro Person 6,38 €
4. Für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal werden gelei-
tet:
 - pro Fall und Pflgetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde 4,36 €
5. Für diplomierte Kinderkrankenpfleger/innen werden geleistet:
 - pro Fall und Pflgetag 4,36 €
6. Für notwendige ärztliche Leistungen, für die keine Vertragsregelung besteht, wird ein
Kostenzuschuss geleistet:
 - a) Extrakorporale Stoßwellentherapie
 - aa) Voraussetzungen:
 - Erbringung durch eine/n Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und orthopä-
dische Chirurgie
 - Indikationen: Anerkennung durch den Obersten Sanitätsrat.
dzt. folgende Indikationen:
 - Therapie der ersten Wahl bei
 - Pseudarthrosen
 - Therapie der zweiten Wahl bei
 - Tendinosis calcarea
 - Fasciitis Plantaris
 - Epicondylitis humeri radialis
 - Gerätevoraussetzungen:
 - Das verwendete Gerät muss die entsprechend den gesetzlichen Nor-
men geforderten Überprüfungen und Tests bestanden haben (EU-
Richtlinie 95/42/EWG über Medizinprodukte). Nachweis für das dies-
bezügliche Vorliegen: TÜV, CE-Nummer etc.
 - Notwendige Vorbehandlungen:

	Pseudarthrose	Tendinosis calcarea der Schulter	Epicondylitis Humeri Radialis	Fasciitis Plantaris
Voraussetzung	Keine röntgenologische Konsolidierung sechs Monate	Röntgenologi- sches Stadium Gärtner I und II	Beschwerden seit mindestens sechs Monaten	Beschwerden über sechs Monate
		Beschwerden seit	erfolglose re-	erfolglose Behandlung über mindestens drei

Kriterien	nach Fraktur oder OP	mindestens sechs Monaten	regelmäßige Vorbehandlung über mindes- tens drei Mona- te oder erfolg- lose OP	Monate oder erfolglose OP
		erfolgreiche regel- mäßige Vorbe- handlung über mindestens drei Monate oder erfolgreiche OP		
		Mindestens drei der folgenden aufgeführten konservativen Maß- nahmen müssen durchgeführt sein, wobei die Behandlung 1 und 2 obligat sind:		Mindestens drei der fol- gend angeführten Behand- lungen müssen durchge- führt sein:
		1. Krankengymnastik		1. Injektionen (Kortison, Lokal- anästhetika)
		2. Injektionen (Kortison, Lokalanästheti- ka)		2. Einlagenver- sorgung
		3. Medikamentenpflichtig- keit (NSAR, Analgetika)		3. Medikamenten- pflichtigkeit (NSAR)
		4. Elektrotherapie		4. Röntgenbestrah- lung
		5. Ultraschall		5. Elektrotherapie
		6. Wärme / Kältetherapie		6. Ultraschall
		7. Neuraltherapie		7. Wärme/Kälte- therapie
		8. Akupunktur		8. Neuraltherapie
		9. Röntgenbestrahlung (nicht empfehlenswert)		9. Akupunktur
		10. Ruhigstellung (nicht empfehlenswert)		
	bb) Kostenzuschuss pro Behandlungssitzung			17,92 €
	Der Kostenzuschuss gebührt in der Regel für nicht mehr als zwei Sitzungen pro Be- handlungsfall. Ausnahmefälle sind ausreichend medizinisch zu begründen und vom chef-/kontrollärztlichen Dienst der Kasse anzuerkennen.			
	b)			
	ba) CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltrationen			108,46 €
	bb) CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltrationen			96,65 €
	bc) CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltrationen- und Facettengelenksinfiltrationen			114,38 €
	bd) CT-kontrollierte endoskopische Entfernung eines Bandscheibenvorfalles inkl. aller Voruntersuchungen, Heilmittel und Heilbehelfe sowie der erforderlichen Nachbetreuung bis 2 Wochen nach Durchführung des Eingriffes, je			301,81 €
	c) Ambulante Polygraphie (Schlafscreening)			60,00 €
	d) Für andere als die vorstehend angeführten Leistungen ist im Einzelfall ein Kosten- zuschuss im Ausmaß von 80 % eines vergleichbaren Vertragstarifes, wenn ein sol- cher nicht besteht, des für die Leistung bei anderen Trägern der sozialen Kranken- versicherung bestehenden Vertragstarifes zu leisten. Kommen mehrere Träger in Betracht, so ist der niedrigste Vertragstarif heranzuziehen.			
	7. Kostenzuschuss für Leistungen der Hebammenberatung gemäß § 38 Z 5:			
	Für Leistungen der Hebammenberatung gemäß § 7 Abs. 1 KBGG leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:			
	a) Hebammenberatung bei der Schwangeren			28,56 €
	b) Hebammenberatung in der Ordination der Hebamme			20,40 €
	c) Für Hebammenberatung bei der Schwangeren erhöht sich der Kostenzuschuss pro Kilometer Fahrtweg der nach Berufssitz nächstgelegenen Hebamme zur Schwange- ren um			0,42 €

Zuschüsse und Kostenersätze zu Transportkosten bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. Zuschüsse gemäß § 25 Abs. 2: Für Transporte in Erste-Hilfe-Fällen werden pro Fall geleistet: 80 % des Rechnungsbetrages, höchstens 80,00 €
2. Kostenersätze gemäß § 47 Abs. 2 letzter Satz:
 - a) Die Kasse leistet:
 - aa) für Transporte gem. § 47 Abs. 3 Z 1 pro Kilometer, welchen der Versicherte transportiert wird, das amtliche Kilometergeld,
 - ab) für Transporte gem. § 47 Abs. 3 Z 2 pro Kilometer, welchen der Versicherte transportiert wird, das doppelte amtliche Kilometergeld. Dies gilt jedoch nur, wenn der Transport von einem nach dem Vorarlberger Rettungsgesetz anerkannten Unternehmen durchgeführt wirdFür Transporte gem. sublit. aa) und sublit. ab) wird der Kostenersatz pro Wegstrecke um die Höhe der Rezeptgebühr vermindert.
 - b) Von der Regelung nach lit. a) ausgenommen sind Transporte
 - ba) in besonders begründeten Fällen von Dauerbehandlungen (Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen),
 - bb) zur ärztlichen Versorgung solcher Patienten, die wegen einer Verletzung oder einer Gesundheitsstörung Erster ärztlicher Hilfe bedürfen,
 - bc) gem. § 47 Abs. 2 Z 2,

In diesen Fällen leistet die Kasse Kostenersatz in der Höhe der zuletzt geltenden Vertragstarife.

Kostenzuschuss nach § 39

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 50% des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 33 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.

*

Die Satzung 2016 wurde von der Generalversammlung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse am 05. Juli 2016 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 15. Juli 2016, GZ: BMGF-96430/0046-II/A/7/2016, genehmigt.

*

Die 1. Änderung der Satzung 2016 wurde von der Generalversammlung am 16.03.2017 beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 30.03.2017, GZ. BMGF-96430/0027-II/A/7/2017, genehmigt.

*

Die 2. Änderung der Satzung 2016 wurde durch Obmannvefugung vom 13. September 2017 erlassen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 27. September 2017, GZ. BMGF-96430/0055-II/A/6/2017, genehmigt.

Der Obmann:

Brunner

Der leitende Angestellte:

Metzler